



Número: **0000260-90.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **09/03/2016**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| ERIVALDO DA COSTA SILVA (AUTOR)                               |                    | NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)             |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                              |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 34251072                                                      | 14/09/2020 11:06   | <a href="#">Contestação</a>                  | Contestação       |
| 34251091                                                      | 14/09/2020 11:06   | <a href="#">2748367_CONTESTACAO_Anexo_05</a> | Outros Documentos |
| 34251095                                                      | 14/09/2020 11:06   | <a href="#">2748367_CONTESTACAO_Anexo_04</a> | Outros Documentos |
| 34251097                                                      | 14/09/2020 11:06   | <a href="#">2748367_CONTESTACAO_Anexo_03</a> | Outros Documentos |
| 34251552                                                      | 14/09/2020 11:06   | <a href="#">2748367_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo: 00002651520168150271

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERIVALDO DA COSTA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/12/2014**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/05/2015**.

Rua São José, 90 Grupos 810/812, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



## **DO MÉRITO**

### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 19/05/2015 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/12/2014, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

Rua São José, 90 Grupos 810/812, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

---

**improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome dos patronos **DR. JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, inscrito sob o nº **OAB/PB 4246-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PICUI, 14 de dezembro de 2017.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**OAB/PB 15477**



### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



### **TABELA DE GRADACÃO**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                    |                   |                       |



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **OAB/PB 15477** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ERIVALDO DA COSTA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **PICUI**, nos autos do Processo nº 00002651520168150271.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90 Grupos 810/812, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



## **PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL**

O (a) Outorgante Erivaldo da Costa Silva,  
brasileiro (a), união estável, agricultor, portador(a) do RG nº.  
4.252.351 expedido por SSDS/PB em 28/05/2014 e do CPF nº.  
19.835.174-70, residente na(o) Sítio Lagoa da Coatinga, município de  
Picuí - PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e  
constitui seu bastante procuradores e advogados os Bels. **NILO TRIGUEIRO DANTAS - OAB/PB**  
**1.220** e **DUANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA - OAB/PB 17068**, brasileiros, casados,  
advogados, com endereço profissional no Empresarial Evanisa Dantas, localizada na Avenida  
Getúlio Vargas, nº 75, Centro, Picuí-PB, fone (0\*\*83) 3371-2274, ao qual confere poderes para o  
foro em geral, nos termos do art.38, inclusive parte final do código de Processo Civil, podendo  
confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, prestar primeiras e  
últimas declarações, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar  
com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições  
públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, bem como substabelecer  
com ou sem reservas de poderes.

Picuí-PB, 23 de Fevereiro de 2016

Erivaldo da Costa Silva  
Outorgante

Av. Getúlio Vargas, 75, Centro  
Picuí - PB  
CEP. 58.187.000  
E-mail: nilotdantasadv@yahoo.com.br  
nilotdantas@hotmail.com  
(83) 3371 2274 / 9912 5490 / 9104 9190

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

006

**Carteira de Identidade**

**ERNALDO DA COSTA SILVA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

TIPO DE  
GERAL

Nº 252.252

DATA DE  
EXPRESSÃO

28/05/2014

NOME

ERNALDO DA COSTA SILVA

ALFABETIZAÇÃO

LETRADO

DATA DE NASCIMENTO

30/08/1974

LOCALIDADE

PICOL-80

DEC ORDEM

125

1037

CPF

019.835.174-78

SIGNATURA DO DETENTOR

ERNALDO DA COSTA SILVA

LEI Nº 7.489 DE 2006/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

ERNALDO DA COSTA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

30/08/1974

DATA DE EMISSÃO

28/03/2014

DATA DE VENCIMENTO

28/03/2014

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

**ERNALDO DA COSTA SILVA**

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Matrícula

019.835.174-78

Nome

ERNALDO DA COSTA SILVA

Inscrição

30081974

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

4000-ERRE-1000-0000

A autenticidade deste comprovante poderá ser confirmada on-line, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 21-01-2014 às 11:02:04 (hora e data de emissão)

Código de segurança: 00

Scanned by CamScanner



VALDENAR VICENTE DA SILVA  
SIT LAGOA DA GAATINGA, S/N - AREA RURAL  
PICUI / PB CEP: 58167000 (AQ: 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Rotômetro: 8 - 80 - 588 - 2880  
Nº medidor: 00008625158

Referência: Jan / 2015  
Emissão: 14/01/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-230, km 25 - Criciúma - Santa Catarina / PB - CEP 86271-000  
CNPJ: 08.056.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.823-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.847.275  
Código para Débito Automático: 0001338020

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

0041.8082.a404.cd26.95c0.8ead.a788.5ae1.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1338020-9**

Jan / 2015

Canal de contato

Apresentação

14/01/2015

Data prevista da  
próxima leitura

12/02/2015

CPF/ CNPJ/ RANI  
22834548472

### Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 08/01/2015 PAGAS,  
OBRIGADO!

### Histórico de Consumo (kWh)

|        |    |
|--------|----|
| Dez/14 | 49 |
| Nov/14 | 53 |
| Out/14 | 0  |
| Set/14 | 0  |
| Ago/14 | 0  |
| Jul/14 | 0  |
| Jun/14 | 0  |
| Mai/14 | 0  |
| Abr/14 | 30 |
| Mar/14 | 11 |
| Fev/14 | 0  |
| Jan/14 | 0  |

Média dos últimos meses  
12 kWh

### Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIMENSIONAL      | 11,50   |                      |
| DIC TRIMESTRAL   | 22,90   |                      |
| DIC ANUAL        | 45,80   |                      |
| FIC TRIMESTRAL   | 7,80    |                      |
| FIC ANUAL        | 15,78   |                      |
| CMC              | 31,58   |                      |
| DICR             | 15,29   |                      |
|                  | 15,80   |                      |

- Leitura confirmada

### VENCIMENTO

21/01/2015

### TOTAL A PAGAR

R\$ 39,02

| Determinação                    | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia/PB | 9,83        | 25,45  |
| Compra de Energia               | 12,48       | 31,98  |
| Serviço de Transmissão          | 0,84        | 2,15   |
| Encargos Setoriais              | 1,13        | 2,90   |
| Impostos Diretos e Encargos     | 14,94       | 37,92  |
| Outros Serviços                 | 0,00        | 0,00   |
| Total                           | 39,02       | 100,00 |

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(Ref. 11/2014) R\$ 10,80

### ATENÇÃO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enivaldo da Costa Silva  
RG nº 4.252.351 data de expedição 28/05/2004 Órgão  
SSP/PB, CPF nº 019.835.174-70, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em  
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo  
descrito:

|                                   |                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praca) | <u>Sítio Lagoa da Castiça</u>                         |
| Número                            | <u>511</u>                                            |
| Apto / Complemento                |                                                       |
| Bairro                            | <u>Zona rural</u>                                     |
| Cidade                            | <u>Picuí</u>                                          |
| Estado                            | <u>PB</u>                                             |
| CEP                               | <u>58.187.000</u>                                     |
| Telefone de Contato               | <u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u> |
| E-mail                            | <u>nilotdantas@hotmail.com</u>                        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí-PB, 21/07/15

Assinatura do Declarante: Enivaldo da Costa Silva

Scanned by CamScanner



20

**DECLARAÇÃO**  
**(Lei 7.115)**

Eu, Enivaldo da Costa Silva  
brasileiro(a), união estvel, agricultor, portador do  
RG nº 4.952.351 expedido por SS DS 10B e do CPF nº  
019.835.174-10, residente na(o)  
Sítio Lagoa da Coatinga, município  
de Picui - PB, **DECLARO**, nos precisos termos do art. 1º da lei nº 7.115  
de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de custas  
processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não me  
permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento  
próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA**  
**ENUNCIADO.**

Declarando ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e  
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Picui - PB, 23 de Fevereiro de 2016.

Enivaldo da Costa Silva  
DECLARANTE  
(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983  
DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.  
O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bens antecedentes, quando  
firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

**Parágrafo único.** O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

**Art. 2º** Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação  
aplicável.

**Art. 3º** A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

**Art. 4º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 5º** Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Íbrahim Abi-Ackel / Hélio Beltrão

Scanned by CamScanner





**C E R T I D ã O**

Nº.Cont.: 038/2015

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 001/2015, registro livro n.º 001/2015, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 19 dias do mês de maio do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Luísa Nascimento Correia Lima, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h. 30m. compareceu ERIVALDO DA COSTA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 30/08/1974, filho de Valdemar Vicente da Silva e Herminia da Costa Silva, residente no Sítio Lagoa da caatinga, Zona rural de Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 16 de dezembro de 2014, por volta das 11:30 horas, o comunicante pilotava a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, placa OJT 9746, chassi 9C2JC4110CR573275, cor VERMELHA, ano/modelo 2012, licenciada em nome de Erione Diniz Felipe, da cidade de Frei Martinho para o Sítio Lagoa da Caatinga, zona Rural de Picuí/PB, em uma estrada vicinal quando o comunicante perdeu o controle da motocicleta e caiu em uma barreira, Que no momento do acidente desmaiou, mas sabe que foi socorrido pelas testemunhas abaixo assinadas, Que foi levado para o Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida encaminhado para o Hospital de trauma na cidade de Campina Grande/PB, Que passou por um cirurgia, pois em virtude do acidente teve um trauma abdominal; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fê.

Picuí/PB, 19 de maio de 2015.

Erivaldo da Costa Silva

COMUNICANTE:

Lucineide dos Santos Araújo

LUCINEIDE DOS SANTOS ARAÚJO

TESTEMUNHA 1 CPF Nº 076.024.174-02, residente na Rua Francisco Gomes de Oliveira, 173, São José, Picuí/PB.

Jonas Ronaldo dos Santos Nascimento

JOSÉ RONALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

TESTEMUNHA 2 CPF Nº 120.315.044-01, residente no Sítio Mari Preto, zona Rural de Picuí/PB.



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Arivaldo da Costa Silva, portador da carteira de identidade nº 4.252.353 e inscrito no CPF/MF sob o nº 019.825.174-70, residente e domiciliado na Sítio Baço da Costeira, Cidade Picuí, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração seja encaminhada à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Arivaldo da Costa Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picuí - PB

Local e data

Scanned by CamScanner



**ARUANA SEGUROS DPVAT****SINISTRO: 3150671065**

ARUANA SEGURO S/A (cód: 2119)  
 Geral em 12/11/2015  
 SINISTRO: 3150671065  
 de Cadastro no Sistema: 31/07/2015

Dependência: 216  
 JEM REGULADORA DE SINISTROS LTDA  
 RUA AMINTAS BARROS, 3137  
 LJ 03/BLOCO 1 - CENTRO COMERCIAL ABBAS CENTER  
 59063-350 - LAGOA NOVA  
 NATAL - RN  
 Fone: (84) 3343-0117  
 E-mail:

O: 183121/2015 Solicitou: RN em 29/07/2015 17:28:54 Atendeu: PB em 29/07/2015 18:08:13

m: 216 00 31

Nome: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
 Endereço: SÍTIO LAGOA DA CAATINGA, S N  
 Cidade: LAGOA NOVA  
 Estado: PICUI

CEP: 58187000  
 UF: PB

Idade do Beneficiário: 1 - Vitima  
 Data de Nascimento: 30/08/1974  
 Data do Acidente: 16/12/2014

CPF: 01983517470  
 Natureza: 2

Modelo do Veículo: 1 - Automóvel/Camioneta (Particular)

**Históricos relativos ao Sinistro Nº 3150671065**

|                  | Histórico                                                                                                                                                                                                    | Incluído por |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 12/2015<br>18:38 | Sinistro Cadastrado no SIS-DPVAT                                                                                                                                                                             |              |
| 12/2015<br>18:40 | [ Informado pela Seguradora Aruana ] - Processo recepcionado na Seguradora Aruana<br>[ Informado pela Seguradora Aruana ] - FALTA DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE). | 216marinaldo |

Não houve lançamento de pagamento encontrado para o Sinistro nº 3150671065.

Scanned by CamScanner







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - "Felipe Tiago Gomes"**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações necessárias estão presentes na Ficha Ambulatorial em anexo. Cabendo a Autoridade Competente confrontar a Veracidade dos Fatos informados com os ocorridos, conforme Ficha Ambulatorial supracitado.

Sem mais para o momento, renovamos os votos de estima e consideração.

Picuí-PB, 19 de maio de 2015.

  
Luma Dantas Freitas  
Auxiliar Adm.  
210996-4

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15  
Bairro: Monte Santo  
Picuí - PB  
CEP - 58.187-000  
Fone/Fax - (83) 3371-2990

Scanned by CamScanner



RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: ERIVALDO DA COSTA SILVA

DN.: 30/08/1974 PRONT. Nº: 1171179

NATURALIDADE: POU

PROCEDÊNCIA: POU

ADMISSÃO: 17/12/14

ALTA: 20/12/14

## 1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente de moto com trauma abdominal fechado.

## 2. Resultado dos principais exames

USG de Abdomen total - "FAST" (17/12/2014): Identificado pequena quantidade de líquido livre, heterogêneo, no espaço hepato-renal (sugere hemoperitônio livre).

## 3. Evolução e complicações

Paciente evolui com melhora do quadro clínico.

## 4. Terapêutica realizada

Laparotomia Exploratória e hemostasia de lesão hepática.

## 5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Trauma abdominal fechado

## 6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Orientações pertinentes à limpeza de ferida operatória; alimentação; retorno em caso de piora do quadro clínico; Busca de sintomas em caso de dor.

## 7. Condições de alta

☐ Curado☐ A pedido☐ Óbito☒ Melhorado☐ Inalterado☐ Transferido para:

Campina Grande, 20 de Dezembro de 2014

Nelson Frederico de S. Moreira  
Médico  
R# 7412  
Responsável pelo resumo  
Assinatura do Médico  
Ocorrência em 20 de Dezembro de 2014





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): ERIVALDO DA COSTA SILVA

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE.

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. V22 NO CID. DURANT

O PERÍODO DE 17 / 12 / 2014 A 20 / 12 / 2014 NECESSITANDO D

30 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 20 / 12 / 2014

Nelson Frederico de S. Medeiros  
Ass. do Médico Nº. do CRM

### AUTORIZAÇÃO

Eu, ERIVALDO DA COSTA SILVA

autorizo

Dr. NADSON FREDERICO DE S. MEDEIROS

a registrar o diagnóstico

modificado CID ou por extenso neste atestado médico

Erivaldo da Costa Silva  
Ass. do Paciente ou Responsável

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 11:06:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091411060944000000032757828>

Número do documento: 20091411060944000000032757828

Num. 34251095 - Pág. 12



|                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                          |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|
| CÓDIGO DA UNIDADE: 275710<br>NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI<br>END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA<br>MUNICÍPIO: PICUI<br>Nome: ERIVALDO DA COSTA SILVA<br>Raca/Cor: PARDA |                                  | CGC/CPF: 08.778.286.0001/60<br>ESTADO: PARAIBA<br>UF: 25 |                 |
| DI. Nasç: 30/08/1974                                                                                                                                                                            | Idade: 40 ano(s)                 | mês(es) de idade                                         | dia(s) de idade |
| Mãe: HERMINIA DA COSTA SILVA                                                                                                                                                                    | Sexo: M                          |                                                          |                 |
| Profissão: AGRICULTOR                                                                                                                                                                           | Documento: 5614308               |                                                          |                 |
| Endereço: SÍTIO LAGOA DA CATINGA                                                                                                                                                                | Nº: 0                            |                                                          |                 |
| Bairro: ZONA RURAL                                                                                                                                                                              | Cadastrado: 202489               |                                                          |                 |
| Município/CEP/IBGE: PICUI - PB - 58187000 - 251140                                                                                                                                              | CNS: 998001109114798             |                                                          |                 |
| Telefone para contato: (83) 9659-4516                                                                                                                                                           | Data e Hora: 18/12/2014 11:53:32 |                                                          |                 |
| PESO: _____                                                                                                                                                                                     | PA: _____                        | SSV _____                                                | TEMP: _____     |
| ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)                                                                                                                                                                 |                                  |                                                          |                 |
| Vítima de acidente de trânsito (bicicleta) apresentando dor na região lombar e no membro inferior direito.                                                                                      |                                  |                                                          |                 |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)                                                                                                                                                           |                                  |                                                          |                 |
| Hospital Regional de Picui                                                                                                                                                                      |                                  |                                                          |                 |
| Atestado conforme o original                                                                                                                                                                    |                                  |                                                          |                 |
| RESULTADOS                                                                                                                                                                                      |                                  |                                                          |                 |
| Picui, 22.12.2014.                                                                                                                                                                              |                                  |                                                          |                 |
| Arquivo Médico                                                                                                                                                                                  |                                  |                                                          |                 |
| Josevânia Lima de Melo                                                                                                                                                                          |                                  |                                                          |                 |
| Aux. Administrativo                                                                                                                                                                             |                                  |                                                          |                 |
| RECEPCIONISTA: HRP                                                                                                                                                                              |                                  |                                                          |                 |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. 02-10-2014 - 10h - 1007527 |  |
| 2. 02-10-2014 - 10h - 1007527 |  |
| 3. 02-10-2014 - 10h - 1007527 |  |

|                                                                                                      |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO                                                                | CARÁTER DO ATENDIMENTO |
| <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA                                                               |                        |
| <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA                  |                        |
| <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO                                    |                        |
| <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS |                        |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| PROCEDIMENTO: Observação      |  |
| DIAGNÓSTICO: Fract. Clavícula |  |
| CID-10: _____                 |  |

|                                       |                                         |                                     |                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| MEDICAÇÃO:                            |                                         | ENCAMINHAMENTO:                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2. APLICADA  | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: |       |
| 1- _____                                    | _____ |
| 2- _____                                    | _____ |
| 3- _____                                    | _____ |

|                                                       |       |
|-------------------------------------------------------|-------|
| ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S) |       |
| Dr. Carlos Cândido Filho                              |       |
| CNS                                                   | CEO   |
| 275710                                                | 13125 |
| ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL          |       |
| OU POLEGAR DIREITO                                    |       |
| ASS. DO REVISOR TÉCNICO: CARIMBO                      |       |
| ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: CARIMBO               |       |



| FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO                                   |  |
| Código da Unidade: 0023671                                          |  |
| Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES    |  |
| Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS                     |  |
| Município: CAMPINA GRANDE                                           |  |
| Estado: PARAIBA                                                     |  |
| UF: 25                                                              |  |
| PACIENTE: ERIVALDO DA COSTA SILVA                                   |  |
| Sexo: MASCULINO                                                     |  |
| Idade: 40,3                                                         |  |
| Profissão: AGRICULTOR/A                                             |  |
| Documento: 889001109114798                                          |  |
| Endereço: MARIZ PRETO                                               |  |
| Bairro: ZONA RURAL                                                  |  |
| Município: PÍCUI                                                    |  |
| Estado: CEP:                                                        |  |
| Data Atendimento: 17/12/2014 00:03h                                 |  |
| Código do Município: 251140                                         |  |
| RAÇA/COR/A. NASCIMENTO: 30/08/1974                                  |  |
| QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO                                           |  |
| ( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDAS                         |  |
| ( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO            |  |
| ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:                                   |  |
| Anamnese: <i>paciente declinou e febre</i>                          |  |
| Exame físico: <i>paciente com febre</i>                             |  |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:                                       |  |
| TIPO                                                                |  |
| RESULTADOS                                                          |  |
| MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS                          |  |
| 1.                                                                  |  |
| 2.                                                                  |  |
| 3.                                                                  |  |
| 4.                                                                  |  |
| 5.                                                                  |  |
| DIAGNÓSTICO: <i>fratura de braço fechada</i>                        |  |
| ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO |  |
| ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)            |  |
| ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)                                   |  |
| 25                                                                  |  |
| 29                                                                  |  |
| MOD. 314                                                            |  |



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

25  
30

NOME: Enivaldo de Costa Silva  
DOCUMENTO Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: 40 a  
DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1974 SEXO: Masculino  
ENDEREÇO: Rua Felipe Tiago Gomes de Oliveira  
CIDADE: Picuí CEP: 58187-000  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
HDA: Reente aumentado da abdômen, intensa  
há 12 horas após trauma. Aumento de dor em tórax.  
Não houve medicação. Ao exame físico:  
ADTE: 80kg, 1,70m, 70kg, 1,70m, 70kg, 1,70m  
Tórax: hiperinflado, normoventilado. ADO: plano, limbo, doloroso  
a palpação superficial, RHA nítida.

EXAMES REALIZADOS:

CONDUTA: Transferência para o Hospital de Trauma  
de Campina Grande - PB

Falei com Dr. Sidney

DATA: 10/12/14

MÉDICO ASSISTENTE CRM

Scanned by CamScanner



GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

9899-8683

Nome: Arnaldo da Costa Silva  
Nome: Francisco Carlos de Oliveira 305 José  
Data de Nascimento: 30/08/1974 Documento de Identificação: 305 José

Data do Atendimento: 16/12/14 Hora: 21:00 Documento:

Classificação de Risco

Estado de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente  
Frequência cardíaca:  
Tensão arterial: Temperatura axilar:  
Pulso de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida  
Mobilização: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama

Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Verde - atendimento até 4 horas ( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Scanned by CamScanner



25  
32  
2

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

|                                                             |                   |                |  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--|
| Nome do Paciente<br><i>Enrique de Cam</i>                   |                   | Nº Prontuário  |  |
| Data da Operação<br><i>22/10/2019</i>                       | Enf.              | Leito          |  |
| Operador<br><i>Dr. Suelio Moreira</i>                       | 1.º Auxiliar      |                |  |
| 2.º Auxiliar                                                | 3.º Auxiliar      | Instrumentador |  |
| Anestesia                                                   | Tipo de Anestesia |                |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório<br><i>traumadeforame fechada</i> |                   |                |  |
| Tipo de Operação<br><i>aparencia de fratura</i>             |                   |                |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório                                  |                   |                |  |
| Relatório Imediato da Patologia                             |                   |                |  |
| Exame Radiológico no Ato                                    |                   |                |  |
| Acidente Durante a Operação                                 |                   |                |  |

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

*1. Abertura e inspeção do campo operatório  
2. Lavagem em decúbito dorsal nos membros  
3. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
4. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
5. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
6. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
7. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
8. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
9. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
10. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
11. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
12. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
13. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
14. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
15. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
16. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
17. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
18. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
19. Trocar o membro afetado e inspeção do membro  
20. Trocar o membro afetado e inspeção do membro*

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
SERVIÇO SOCIAL

### FICHA SOCIAL

Nome: Francisco de Cezar Silva Idade: 66 anos

Como é conhecido(a) \_\_\_\_\_

Data de admissão 1/1/ Ala CC Enf CC Leito 1

Endereço: Sítio 2000 da coalinga Procedência Recife - PB

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

Com quem reside? com a esposa e dois filhos

Resp: (companheira) Landino Telefone: 98498683 Landino

#### DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não (X) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não ( ) Sim (X) Qual? RSE

Causa da admissão: \_\_\_\_\_

#### Se adulto ou idoso:

Estado civil: solteiro Tem filhos: Não ( ) Sim (X) Quantos? 2

Profissão: professor Fuma? Não (X) Sim ( ) Faz uso de bebida alcoólica?  
Não ( ) Sim (X) Eventualmente (X) É etilista ( )

#### Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim ( ) Não ( ) Que série está cursando? \_\_\_\_\_

Profissão dos pais ou responsável: \_\_\_\_\_

Observações: Falta de manutenção social e com  
família Landino

17/12/19  
Argemir Maria Gonzaga da Silva  
Assistente Social  
CRP 2871

SECRETARIA DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma de  
Campina Grande - PB

Assistente Social - CRESS

Scanned by CamScanner



# Diagnóstico

## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente: Exatidade da conta 51104

Leito: 24

Convênio:

| Data     | Prescrição Médica                            | Alojamento | Horário | Evolução Médica |
|----------|----------------------------------------------|------------|---------|-----------------|
| 17/11/14 | Dietas líquidas pastosas, conforme indicação |            |         |                 |
|          | 2) Biotina 1000                              |            |         |                 |
|          | 3) 3000 ml EV em 24h.                        |            |         |                 |
|          | 4) Dipirona 500 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 5) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 6) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 7) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 8) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 9) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14      |            |         |                 |
|          | 10) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 11) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 12) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 13) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 14) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 15) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 16) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 17) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 18) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 19) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 20) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 21) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 22) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 23) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 24) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 25) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 26) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 27) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 28) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 29) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |
|          | 30) 1000 ml 1000 mg + 100 ml EV de 12/14     |            |         |                 |

GOVERNO DA PARAIBA

ME: Enfermeiro

DE: Nia

GNÓSTICO MÉDICO:

TÓRIA DA DOENÇA AT:

INDICAÇÃO CONTÍNUA:

SENÇA DE ESCARA:

SENÇA DE ÚLCERA:

GIAS:

SSÃO ARTERIAL:

EMA NEUROLÓGICO:

EMA RESPIRATÓRIO:

GENITOURINÁRIO:

RESE:

ILIDADE:

GAS ROINTEATINAL:

DO NUTRICIONAL:

IS VITAIS:

SCO DE QUEDA:

SCO DE ASPIRAÇÃO:

SCO DE INFECÇÃO:

SCO DE DESEQUILÍBRIO:

SCO DE GLUCEMIA IN:

SCO DE SANGRAMEN:

BITO CARDÍACO DI:

SPONSTA DISFUNCI:

NTILAÇÃO ESPONT:

DRÃO RESPIRATOR:

ABILIDADE NO LEITO:

TEGRIDADE DA PELE:

SCO PARA INT. PELE:

SCO DE TRAUMA VA:

ASSINA:

GISTRAR SINAIS V:

ALIZAR BALANÇO I:

ALIZAR CONTROLE:

PACIENTE NA ARE:

ALIZAR TROCA DE:

INTORAR SINAIS E:

INSERÇÕES DE DI:

ALIAR COR, TEMPE:

RIFICAR PRESENÇ:

OPORCIONAR ALIM:

ALIZAR MUDANÇA:

ITALAR CATETER C:



## BOLETIM DE ENFERMAGEM

Estado da Perda  
 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 16/12/14 às 08:00 h  
 LEITO: 3-2  
 HISTÓRICO MÉDICO:  
 DOENÇA ATUAL:

CONTINUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:  
 DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:  
 DE ÚLCERA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:  
 QUAIS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

SÍNDROME ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐  
 SÍNDROME NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒  
 SÍNDROME RESPIRATÓRIA: DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ EUPNEIA ☒ BRADIPNEIA ☐  
 SÍNDROME UROLÓGICA: NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐  
 SÍNDROME GASTROINTESTINAL: DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐  
 SÍNDROME DEAMBULatória: DEAMBULatória ☒ DEAMBULatória C/POIO ☐ ACAMADO ☐ S' DEFICITE MOTOR ☐  
 SÍNDROME TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐  
 SÍNDROME VO ☒ SNG ☐ SNE ☐

SÍNDROME NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐

PA: FR: FC: PESO:

## DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

[illegible]

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

## PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

|                                                                                                                      | M | T | N. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|
| REGISTRAR SINAIS VITAIS                                                                                              |   |   |    |
| ELABORAR BALANÇO HÍDRICO                                                                                             |   |   |    |
| ELABORAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA                             |   |   |    |
| ELABORAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE                                                 |   | M |    |
| MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES |   | M | N  |
| REGISTRAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE                                                                         |   |   |    |
| VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS                                                                                   |   |   |    |
| PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE                                                                        |   |   |    |
| ELABORAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS                                                                       |   |   |    |
| REGISTRAR CATETER DE O <sub>2</sub> A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA                                           |   |   |    |

MOD 128

### INTERCORRÊNCIA DE F

**PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM**

**APRAZAMENTO**

**ASSINATURA**

35

ANALISAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO

REGISTRAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.

MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA

MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR

MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

**RESULTADOS ESPERADOS:**

**REGISTROS**

DATA HORA PA T FC FR HGT DIURESE AVALIAÇÃO ASSINATURA

08/09/2020 08:00  
 Paciente em BPO, em estado  
 de alerta, expulso, fôlego  
 adequado, não apresenta  
 dor, tosse, nem náusea.  
 Ao ser avaliado, FO. em  
 nível com 100% e olhos  
 bem abertos e reativos, pupilas  
 em 4mm de diâmetro em FO.

Rafael Cruz de Faria  
 COREN/RS 292749

**INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA**

**INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA**



|        |
|--------|
| SIMB   |
| ANOT   |
| POS    |
| AGE    |
| TEC    |
| OPER   |
| CIRCU  |
| ANESTH |
| ORST   |





GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
Código da Unidade: 0023871  
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  
Município: CAMPINA GRANDE  
PACIENTE: QUARTO Nº: 1171178 UF: 25

Nome: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
Profissão: AGRICULTOR/A  
Endereço: MARIZ PRETO  
Município: PICUI  
Data Atendimento: 17/12/2014 00:03h  
RAÇA/COR/TA. NASCIMENTO: 30/08/1974  
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA  
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA  
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Sexo: MASCULINO Idade: 40,3  
Documento: 88001108114788  
Bairro: ZONA RURAL  
CEP: 561140  
QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO  
( ) 3 - PARDA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Consulta Básica (PAB)  
Consulta Especializada:

NATUREZA DA CONSULTA

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA;  
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;  
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;  
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

MEDICAÇÃO

☐ 01 - PRESCRITA  
☐ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

ICADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S/ ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

X: *Flávio José da Silva*  
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

30

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

|          |            |       |          |
|----------|------------|-------|----------|
| Paciente | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|------------|-------|----------|

| Data       | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Horário        |                |                |                | Evolução Médica |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 5 <sup>a</sup> | 6 <sup>a</sup> |                 |
| 14/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 15/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 16/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 17/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 18/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 19/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 20/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 21/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 22/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 23/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 24/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 25/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 26/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 27/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 28/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 29/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |
| 30/09/2020 | 1. Sonda NG - 100ml de leite<br>2. Sonda NG - 100ml de leite<br>3. Sonda NG - 100ml de leite<br>4. Sonda NG - 100ml de leite<br>5. Sonda NG - 100ml de leite<br>6. Sonda NG - 100ml de leite<br>7. Sonda NG - 100ml de leite<br>8. Sonda NG - 100ml de leite<br>9. Sonda NG - 100ml de leite<br>10. Sonda NG - 100ml de leite | 15             | 30             | 45             | 60             |                 |

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

DIAGNÓSTICO CID





38  
2

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ERIVALDO DA COSTA  
DATA DO EXAME: 17/12/2014

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

Identificamos pequena quantidade de líquido livre, heterogêneo, no recesso hepato-renal (sugere hemoperitôneo leve).

Fígado de dimensões e padrão textural normais (ao método), com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

  
**DR. RAMONÊ DE MIRANDA**  
Médico Radiologista - Membro titular do CBR  
CRM-PB 8220 / CRM-PE 18301

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Unico  
de  
Saúde

ERIVALDO DA COSTA SILVA  
SEM IDENTIFICACAO MEDICA  
HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000185687  
Data: 17-12-2014 15:12  
Idade: 49 anos

Sexo: M  
Origem: CLINICA DE EMERGÊNCIA  
Destino: P.O. 11.10

RESUMO, DETERMINACAO DE

49.4

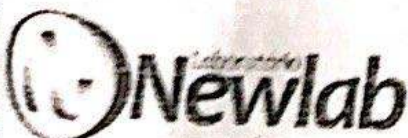
Valores de Referência:  
57 - 47.5 - 57.5 mg/dL

RESUMO

13.2

Valores de Referência (mg/dL):  
10.0 - 13.0 - 16.0  
Análise: 13.2 - 13.5 mg/dL

*[Assinatura]*  
Carlos R. S. Soares  
CEO do IAP



PNCQ

Scanned by CamScanner



**Folha de Tratamento e Evolução**

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 11:06:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009141106094400000032757828>  
 Número do documento: 2009141106094400000032757828

# Diagnóstico

Trauma abdominal fechado  
LE + suspeita de lesão hepática

## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente: Favolato de Vito Silva Alojamento: 3 Leito: 2 Convênio:

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Horário | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/12/14 | <p>1) Dor abdominal em 24h.</p> <p>2) SGL 200mg EV em 24h.</p> <p>3) Dexamet 1g, 12h.</p> <p>4) Tetrat 20mg 1AMP + AD de 12/12h.</p> <p>5) Tramol 100mg + 100mg 500mg EV 8/8h.</p> <p>6) Nutri 60g 8h, 10 de 6/6h.</p> <p>7) Naloxonem 8mg, EV 1AMP + AD de 8/8h.</p> <p>8) Imunoglob 40mg EV de 12/12h.</p> <p>9) CCG + 1/5 IV.</p> <p>10) Remoção de dreno tubular hemorria.</p> |         | <p>42,54 / 42,50</p> <p>*EVOLUÇÃO:</p> <p>Paciente segue internado em leito com monitoramento de ambiente, diurese livre, sem alteração de estado de consciência. No momento da evolução sem alterações.</p> <p>*AO EXAME:</p> <p>Paciente em ECG, supine, eutânico, normotenso (+14/1), sem alterações de sinais vitais.</p> <p>ACV: RCR em 2T, BNF 5/10/10.</p> <p>AR: MUC em AHT, 5/10/10.</p> <p>ABDOM: Tumor de 10cm, indolente, palpável superficial e profundo. Duro durante a compressão, sem sinais de perfuração. Sinais de lesão abdominal moderada. Sotol: 90%; FC: 82bpm; FR: 18bpm.</p> <p>*PONTO:</p> <p>Paciente de Dreno Tubular Hemorria.</p> |

## Diagnóstico





PACIENTE: ERIVALDO DA COSTA  
DATA DO EXAME: 17/12/2014

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

Identificamos pequena quantidade de líquido livre, heterogêneo, no recesso hepato-renal (sugere hemoperitônio leve).

Fígado de dimensões e padrão textural normais (ao método), com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**DR. RAMONIÉ DE MIRANDA**  
Médico Radiologista - Membro titular do CBR  
CRM-PB 8220/ CRM-PE 18301





**Folha do Tratamento e Evolução**

| Paciente             | Enfermeiro | Alcova | Leito | Convênio |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|
| Enfermeiro da Planta | Sebastião  |        | 3.2   |          |

[illegible]

42



NEWIDAB

PODER JUDICIARIO  
MARCA DE PICUI  
Tipo de distribu  
Processo: 000026  
Classe: PROCEDIM  
SEGURO  
Valor da causa :  
Serie : 11  
Autor : ERIVALDO  
Ju : SEGURADO  
Trib : VARA UNI  
Juiz : ANA CRIS  
Promotor: ALCIDE.

13.2

40

DETERMINACAO DE

SUS  
Sistema  
Unico  
de  
Saude

GOVERNO  
DO PARANA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
FARMACIA DA OSTA SILVA  
SEM IDENTIFICACAO MEDICA  
HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Protocolo: 0000185687  
Data: 17-12-2014 15:12  
Idade: 40 ANOS

Scanned by CamScanner



43  
2

JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA  
DE PICUI - CENTRAL DE DISTRIBUICAO

de distribuição: SORTEIO - 10/03/2016 11 horas 23 minutos

Processo: 0000265-15.2016.815.0271

PROCEDIMENTO SUMARIO

da causa :

13500,00

: 11

: ERIVALDO DA COSTA SILVA

: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

: VARA UNICA DE PICUI

: ANA CRISTINA SOARES PENAZZI CO

Motor: ALCIDES LEITE DE AMORIM

### DATA

Recebidos nesta data em Cartório.

Picuí, 18 de 03 de 2016  
às \_\_\_\_\_ horas



Analista / Técnico(a) Judiciário(a) - 4º Ofício

Scanned by CamScanner





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE PICUI**  
Vara Única

Processo nº 0000265-15.2016.815.0271

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a justiça gratuita.

Deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista que o consórcio de seguradoras promovido nunca demonstra interesse em transigir antes de realizada a perícia médica, sendo, portanto, improvável a obtenção da conciliação entre as partes, bem como em função de não existir neste Juízo núcleo de mediação e/ou conciliação.

Sendo assim, cite-se o promovido para apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias.

Apresentada a contestação, intime-se a parte autora à réplica, no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Picuí, 16 de novembro de 2016.

**ANYFRANCIS ARAÚJO DA SILVA**  
Juiz de Direito

**DATA**

Nesta data recebi os presentes do MM. Juiz de Direito.

Picuí, 01 / 12 / 2016.

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

**CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que nesta data **EXPEDI:**

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| ( ) Mandados de Citação   | ( ) Carta Precatória   |
| ( ) Mandados de Intimação | (X) Carta de Citação   |
| ( ) Carta de Intimação    | ( ) Carta de Intimação |
| ( ) Carta de Averbagem    | ( ) Carta de Averbagem |
| ( ) Carta de Averbagem    | ( ) Carta de Averbagem |

Picuí, 16 / 10 / 17

Scanned by CamScanner





PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE PICUÍ - CARTÓRIO DA VARA ÚNICA

**CARTA DE CITAÇÃO**

Ação Cobrança de Indenização Seguro DPVAT c/c Danos nº 0000265-15.2016.815.0271

Sr. Diretor da  
Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A  
Rua Senador Dantas, 74. 14º Andar. Centro  
Cidade do Rio de Janeiro - RJ  
CEP 200.31-205

Senhor Diretor:

Pela presente, CITO a Empresa Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A, por intermédio de Vossa Senhoria, para querendo, CONTESTAR o PRAZO DE (15) DIAS, a Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT c/c reparação de Danos nº 0000265-15.2016.815.0271, promovida por ERIVALDO DA COSTA SILVA em face da Empresa Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A.

Ficando Vossa Senhoria advertido(a) de que a NÃO contestação no prazo legal, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados na Petição inicial.

Seguem em anexo, cópias da Petição inicial e do Despacho de fls. 44 dos autos supra.

Picuí, 16 de outubro de 2017.

*Alcinéia D. Fernandes*  
Alcinéia Dantas Fernandes  
Téc. Jud./Mat.472.3961-1

Forum Juiz Manuel Pereira do Nascimento - Rua São Sebastião, s/n. - Centro - Picuí - PB - Cep 58187-000  
Fones:(83) 3371 - 2403 - (Vizinho a CEF - Caixa Econômica Federal)

Scanned by CamScanner





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE PICUI – ESTADO DA PARAÍBA

0000265-15.2016.815.0271



Recebido em 24/02/16  
[Assinatura]

**ERIVALDO DA COSTA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, portador da Carteira de Identidade nº. 4.252.351 – SSDS/PB e do CPF nº. 019.835.174-70, residente e domiciliado no Sítio Lagoa da Caatinga, zona rural do município de Picuí-PB, vem por meio de seu procurador, Advogado “in fine” assinado, com endereço profissional na Av. Getúlio Vargas, 75, Centro, Picuí – PB onde recebem intimações, mui respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º da lei 6.194/74 propor:

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, podendo ser intimada através de seu Departamento Jurídico localizado na Rua Senador Dantas, 74/14º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20.031-205, pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

#### **PRELIMINARMENTE**

Preliminarmente, requer de Vossa Excelência que seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, visto que, a promovente é pobre na forma da lei, sendo

1

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com

Scanned by CamScanner





**TRIGUEIRO & NOBREGA**

ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE PICUÍ – ESTADO DA PARAÍBA

0000265-15.2016.815.0271



24 02 16  
[Signature]

**ERIVALDO DA COSTA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, portador da Carteira de Identidade nº. 4.252.351 – SSDS/PB e do CPF nº. 019.835.174-70, residente e domiciliado no Sítio Lagoa da Caatinga, zona rural do município de Picuí-PB, vem por meio de seu procurador, Advogado “in fine” assinado, com endereço profissional na Av. Getúlio Vargas, 75, Centro, Picuí – PB onde recebem intimações, mui respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º da lei 6.194/74 propor:

## **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, podendo ser intimada através de seu Departamento Jurídico localizado na Rua Senador Dantas, 74/14º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20.031-205, pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

### **PRELIMINARMENTE**

Preliminarmente, requer de Vossa Excelência que seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, visto que, a promovente é pobre na forma da lei, sendo

1

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com

Scanned by CamScanner





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

desprovido de recursos para arcar com as despesas do processo e com o pagamento de honorários de advogado. Nessa linha de pensamento, a 4ª. Turma do Egrégio Superior Tribunal de Justiça é assente na matéria, tendo aduzido: *"a simples declaração firmada pela parte que requer o benefício da assistência judiciária, dizendo-se 'pobre nos termos da lei', desprovida de recursos para arcar com as despesas do processo e com o pagamento de honorários de advogado, é, na medida da presunção iuris tantum de veracidade, suficiente à concessão do benefício legal. (05. 4ª. Turma, STJ, Rec. Esp. 38124-0, 20/10/93, rel. Min. Sálvio de Figueiredo, RJSTJ 6/412)."* Além do que a Constituição de 1988, sensível à realidade social do país, inseriu como **"direito e garantia fundamental"** do povo brasileiro, o livre acesso ao Judiciário. Como a todo direito corresponde uma obrigação, temos que ao Estado compete fornecer os meios necessários de acesso à justiça de todos aqueles que dela necessitar. Portanto, nada mais resta a esse nobre magistrado seguir por esse entendimento.

#### **DOS FATOS**

Cumpra ressaltar inicialmente que no dia 16/12/2014, por volta das 11h30min, o requerente foi vítima de acidente de trânsito, queda de moto, quando vinha trafegando, em uma moto Honda CG 125 FAN KS, pela estrada vicinal que liga a cidade de Frei Martinho-PB ao Sítio Lagoa da Caatinga, zona rural de Picuí-PB, e perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao solo. Desse modo, devido ao sinistro, o autor permaneceu **lesionado gravemente na região abdominal, além de ter sofrido também várias escoriações.**

Ressalta-se que, segundo o Boletim de Ocorrência nº. 038/2015 expedido pela Delegacia Regional de Polícia Civil de Picuí/PB, o requerente, no momento do acidente, pilotava a moto HONDA CG 125 FAN KS, placa OJT 9746, chassi nº 9C2JC4110CR573275, cor vermelha, ano/modelo 2012, licenciada em nome de Erione Diniz Felipe.

Também informa a documentação em anexo que, logo após a ocorrência do acidente, o requerente foi socorrido por populares para o Hospital Regional de Picuí e, devido à gravidade dos ferimentos, encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande-PB, onde foi submetido a tratamento médico cirúrgico e permaneceu internado, tendo ficado incapacitado para as suas ocupações habituais por mais de 30 dias.

Portanto, desse sinistro o requerente permaneceu inválido permanentemente, conforme denuncia o atestado em anexo.

É tanto que o autor em 31/07/2015 requereu, na esfera administrativa, o pagamento da indenização do Seguro Obrigatório Dpvt junto a uma





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

seguradora consorciada da requerida (Aruana Seguradora S.A.), sob sinistro nº. 3150671065, tendo tal procedimento extrajudicial se exaurido pelo fato do autor não ter conseguido do proprietário do veículo a assinatura em uma declaração abusiva requerida pela demandada, razão pela qual só restou ao mesmo recorrer ao judiciário para ter seu direito a receber tal indenização, conforme se infere no documento em anexo.

Logo, nos leva a concluir pela invalidez permanente do mesmo, devendo esse nobre juízo reconhecer tal direito e fazer com que a ré efetue o pagamento integral da indenização do seguro obrigatório, que segundo o art. 3º da lei 6.194/74, inciso II, o qual é no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Razão pela qual essa presente ação foi proposta.

**DO DIREITO**

A indenização do seguro obrigatório DPVAT é bastante consagrada em nosso ordenamento jurídico, e, é de tal forma regida pela Lei nº. 6.194/74, a qual é a norma disciplinadora desse respectivo seguro, ela prenuncia que a indenização será paga as vítimas de acidente de trânsito que venham a morrer, a sofrer invalidez permanente em algum órgão ou membro, ou até mesmo aquela pessoa que só venha a receber cuidados médicos. Logo, tais situações se encontram denotadas no art 3º, após a vigência da medida provisória nº. 340/06, desta referida lei:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de invalidez permanente;

e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) como reembolso à vítima no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.”

Logo, como é explanado por tão nobre artigo, a lei garante o direito de receber uma indenização como prêmio desse seguro. De antemão, deve ser condenada tanto à promovida bem como qualquer outra seguradora que opere com o seguro obrigatório.

Por conseguinte, dispõe a lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que o valor correspondente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir a tangência do art. 3º desta referida lei, cujo diz que o quantum deverá ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte ou invalidez permanente. Logo,

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picui-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

como o requerente ficou inválido deveria receber o valor total da indenização de acordo com o que é prenuenciado pela Lei 6194/74, e, não o pagamento parcial que foi feito pela requerida.

Ademais, o art. 5º da Lei 91694/74 é claro ao enunciar que:

*"Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."*

Destarte, a norma que rege o seguro DPVAT, a Lei nº 6.194/74, determina em seu art. 5º que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente, do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida ainda qualquer franquia por parte do segurado.

A jurisprudência também é pacífica nesse sentido:

134005755 – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA – DESNECESSIDADE DA PROVA DA CULPA – À seguradora, cumpre pagar, por força de lei, o valor indenizatório ao cônjuge da pessoa vitimada em acidente de veículo, coberto pelo seguro obrigatório de danos pessoais. O recebimento dos valores pertinentes ao seguro obrigatório independe de qualquer comprovação ou pesquisa sobre a culpa do condutor do veículo causador do dano, já que, decorrendo do Decreto-Lei nº 73/66, cuida de responsabilidade objetiva que, como tal, prescinde da coexistência do elemento culpa. É computável a correção monetária sobre os valores devidos, calculada a partir da data do efetivo desembolso das despesas, além dos juros de 0, 5% ao mês contados a partir da citação. (TAMG – AP 0345692-6 – (51746) – Contagem – 3ª Cív. – Relª Juíza Jurema Brasil Marins – J. 03.04.2002)

6027440 - PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Cálculo da indenização fixada de forma equivocada. Retificação de ofício. Inteligência do art. 463, I do CPC. Salário mínimo

4

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com

Scanned by CamScanner





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

adotado para fixar o valor da indenização e vigente à época do evento danoso. Legalidade. Inteligência da Lei nº 6.194/74. Inaplicabilidade das resoluções do cnps. Princípio da hierarquia das Leis. Honorários aplicados em atendimento ao disposto § 4º do art. 20 do CPC. Desprovemento da apelação. Manutenção da sentença. Lei nº 6.194/74. Art. 5º. "o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguero, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado." A norma que regula o seguro obrigatório de danos pessoais é uma Lei em sentido formal, que, pelo princípio da hierarquia das Leis, não pode ser revogada por resolução. (TJ-PB; AC 200.2005.001265-3/002; Rel. Des. Genésio Gomes Pereira Filho; DJPB 30/07/2009; Pág. 9) CPC, art. 463 CPC, art. 20

Logo, por essas provas apresentadas, fundamentadas e legítimas já se evidencia e prontamente se percebe o direito da autora em receber o prêmio do seguro DPVAT, pois, como já fora explicitado anteriormente na norma legal, o pagamento da indenização será devida mediante a simples ocorrência do acidente e do dano dela decorrente.

Noutro diapasão, é bom que se traga à baila que em virtude do sinistro da requerente ter acontecido no ano de 2015, o pedido autoral deverá obedecer as normas em vigor na época, principalmente de acordo com a alteração ocorrida na Lei 6194/74 trazidas pelas leis 11.482/2007 e 11945/2009.

Logo, diante de tamanha alteração, podemos acentuar que a indenização por invalidez deverá variar de acordo com o grau da lesão e da extensão da incapacidade funcional apresentada pela autora/vítima, que refletirá em dano corporal, este sim indenizável.

Ademais, o aspecto interativo para que haja cobertura é que a invalidez seja de Caráter permanente e fique caracterizado o nexo entre o acidente noticiado a consequente invalidez.

Outrossim, vejamos a nova redação do § 1º do art. 3º conferida pela MP 451/2008, convertida posteriormente na Lei 11945/2009:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por*





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

...  
§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Destarte, que o anexo ao art. 3º da Lei nº 6.194/74, explicita nos dias atuais o valor da indenização a ser recebida pelo(a) promovedor de acordo com a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual em tal anexo estabelecido. Vejamos:

**ANEXO**  
(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico | Percentual da Perda |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>100% (CEM POR CENTO)</b>   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                                           |                               |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                                 |                               |
| <b>Lesões de órgãos e estruturas</b> crânio-faciais, cervicais, torácicos, <b>abdominais</b> , pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                               |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Percentuais das Perdas</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                                            | 70                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                                 | 70                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50                            |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                                     | 25                            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                                      | 25                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                                 | 10                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                               | 10                            |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Percentuais das Perdas</b> |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                               | 50                            |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                                      | 25                            |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10                            |

Portanto, diante do enunciado no inciso I do parágrafo primeiro do art. 3º da Lei 6194/74, e principalmente de acordo com o que explicita o anexo da referida Lei, o promovente faz jus a indenização por invalidez permanente em decorrência **das sequelas na região abdominal (100% cem por cento)**, o que perfaz o percentual de 100% (cem por cento) do valor referente a uma invalidez permanente total que é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), razão pela qual deverá o mesmo ser indenizado no quantum base de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente a sua perda funcional.

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Por conseguinte, vale indicar a este juízo que, segundo a própria lei 6194/74, o IML é o órgão competente para a verificação e caracterização da perda funcional do membro lesado e da irreversibilidade da lesão ocasionada pelo acidente de trânsito. No entanto, é notório e cediço por todos que nesta Comarca não existe tal órgão, e, como tal, a produção da perícia médica judicial torna-se prova necessária ao deslinde dessa presente ação e a consequente comprovação da invalidez permanente apresentada pela autora.

Destarte, a violação do direito do Autor, no caso em tela é patente, tendo por consequência o ato ilícito a ser reparado, segundo a luz do art. 186 do Código Civil Pátrio, in verbis:

*"Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito."*

O instituto da responsabilidade civil é parte integrante do direito obrigacional, pois, a principal consequência da prática de um ato ilícito é a obrigação que acarreta o dever de reparar o dano causado, sendo este de natureza pessoal que se resolve em perdas e danos.

Assim entende os nossos tribunais:

**"AÇÃO INDENIZATÓRIA – SEGURO DPVAT – FALTA DE INTERESSE DE AGIR – ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA – DESNECESSIDADE – PRELIMINAR – REJEIÇÃO – DUT – PROVA DO ACIDENTE E DO DANO – INDENIZAÇÃO DEVIDA – 1) não falta interesse de agir àquele que não espera a solução administrativa do pagamento do valor, mormente quando a seguradora retarda na análise da documentação enviada pelo beneficiário do seguro. 2) a não obrigatoriedade de apresentação do dut para recebimento de indenização precede a vigência da lei nº 8.441/92. A lei nº 6.194/74, por não conter tal exigência, estabelece apenas que a indenização será paga mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente. (TAMG – AC 0389923-4 – (71202) – 5ª C.Cív. – Rel. Des. Elias Camilo – J. 08.05.2003)"**

Ainda no que tange ao recebimento da indenização, devemos ressaltar a questão da correção monetária deverá incidir a partir da data do ajuizamento da

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

ação (distribuição), e, os juros deverão contar desde a data da citação da seguradora sinistro, o que é concretizado em nosso ordenamento jurídico e principalmente de forma majoritária em nosso Tribunal de Justiça da Paraíba, conforme explicita a jurisprudência abaixo em epigrafe:

11545910 - AGRAVO REGIMENTAL. CIVIL E PROCESSUAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). COMPLEMENTAÇÃO DE PAGAMENTO. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. CITAÇÃO DA SEGURADORA. 1. Na ação de cobrança para complementar o pagamento de indenização do seguro obrigatório (DPVAT), os juros de mora incidem a partir da data de citação da seguradora. 2. Agravo regimental desprovido. (Superior Tribunal de Justiça STJ; AgRg-REsp 1.060.421; Proc. 2008/0112451-7; SP; Quarta Turma; Rel. Min. João Otávio de Noronha; Julg. 28/04/2009; DJE 11/05/2009)

56023750 - PROCESSUAL CIVIL. CONTRA-RAZÕES. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DPVAT. PRELIMINAR. PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. AFRONTA. AUSÊNCIA. RAZÕES DISSOCIADAS DO QUE RESTOU DECIDIDO. INEXISTÊNCIA. REJEIÇÃO. Não estando as razões do apelo dissociadas do que restou decidido na sentença, não há que se falar em afronta ao princípio da dialeticidade. Processual civil. Apelação. Ação de indenização. DPVAT. Preliminar. Ausência de interesse processual. Pedido na esfera administrativa. Art. 5º, XXXV, da CF/88. Rejeição. A Constituição Federal, fonte da qual emanam todos os princípios a serem observados pela legislação infraconstitucional, garantiu a todos a inafastabilidade jurisdicional, sempre que houver lesões ou ameaças de lesões a direito. Civil. Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro DPVAT. Acidente automobilístico. Invalidez permanente. Deficiência em grau mínimo. Prova robusta. Nexo causal comprovado. Indenização devida. Incidência do art. 3º, b, da Lei nº 6.194/ 74. Indexação do salário mínimo. Possibilidade. Correção monetária. Incidência. Data do sinistro. Inaplicabilidade. Adequação. Data do ajuizamento da ação. Provimento parcial. Dada a natureza do pleito indenizatório securitário, afigura-se totalmente desnecessário prévio requerimento

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

*administrativo objetivando posterior ajuizamento de ação de cobrança. A Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não (DPVAT), foi alterada, em alguns dispositivos, pela Lei nº 8.441/92, sem, todavia, modificar o art. 5º do aludido diploma legal, que impõe o pagamento da indenização mediante a prova do acidente e do dano ocorrente. Em consonância com a iterativa jurisprudência do STJ, nas ações em que se busca o valor integral de indenização decorrente do seguro obrigatório. DPVAT -, por se tratar de ilícito contratual, a correção monetária, será a partir do ajuizamento da ação. (TJ-PB; AC 083.2006.001412-9/001; Cacimba de Dentro; Rel. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos; DJPB 05/02/2009; Pág. 5) CF, art. 5*

56028438 - SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELAÇÃO CÍVEL. PRELIMINARES. Falta de interesse processual e de documento imprescindível ao exame da questão. Rejeição das prefaciais. Amputação da falange distal do 2º e 3º quirodáctilos da mão direita. Fixação da indenização no máximo legal. Impossibilidade. Provimento parcial. De acordo com o princípio da inafastabilidade do poder judiciário em que não será excluída de sua apreciação nenhuma lesão ou ameaça a direito, pode o autor, amparado na Constituição Federal, pleitear seus direitos judicialmente, independentemente do esaurimento das vias administrativas. De uma breve análise dos elementos probatórios, vê-se que o promovente colacionou os documentos que entendeu suficientes à apreciação da questão de mérito objeto da demanda, a fim de que o julgador pudesse concluir pela eventual procedência ou improcedência do pedido. Nos termos do disposto no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, a seguradora está obrigada a indenizar o DPVAT, bastante a simples prova do acidente automobilístico e do dano decorrente, do qual resultou com danos pessoais, levando-se em consideração a tabela respectiva para cálculo em caso de invalidez permanente.

10

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com

Scanned by CamScanner





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

*Inocorrendo requerimento administrativo, visando receber o DPVAT, a correção monetária deve se dar da data do ajuizamento da ação os juros moratórios de 1% ao mês da citação, se o acidente ocorreu após a vigência do novel CC. (TJ-PB; AC 200.2008.018.7418/001; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 16/10/2009; Pág. 7)*

Logo, está satisfeito a promovente de que não tem mais a que buscar, a Promovida, além de demonstrar de forma equivocada que não tem interesse em pagar o seguro DPVAT e não encontrando outro caminho, vem invocar a Tutela Jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário para dirimir tal conflito.

### **III - DOS PEDIDOS**

**ANTE AO EXPOSTO**, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, nos arts. 5º e 3º, "II", ambos da lei nº. 6.194/74, a procedência da presente, bem como:

- a. A condenação da promovida ao pagamento da indenização em epígrafe, com base no montante de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, conforme preceitua o inciso I do § 1º e inciso II do art. 3º da Lei 6194/74, referente à indenização por invalidez permanente sofrida pela promovente **na região abdominal**, ou seja, cem por cento de uma invalidez permanente total. No entanto, caso tal incapacidade seja parcial que se apure o seu respectivo grau percentual.
- b. Seja citada a Promovida através de AR, no endereço declinado, nos termos do art. 221, I do CPC, para querendo, apresentar contestação, produzir provas e requerendo, sendo o caso de prova pericial, com a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico.
- c. Seja designada audiência de conciliação, e, em ato contínuo a de instrução e julgamento.
- d. Requer que lhe seja concedido os benefícios da justiça gratuita nos termos da Lei 1.060/50.
- e. Que seja acrescido e aplicado ao valor da condenação, juros moratórios a partir da data da citação e correção monetária retroativa à data do ajuizamento desta.

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

f. Seja condenada a demandada em honorários advocatícios, em 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, visto que o autor é beneficiário da Justiça Gratuita, conforme enuncia o §1º do art. 11 da Lei 1060/50.

g. Seja a autora submetida a perícia médica judicial, devendo tal perito seguir os quesitos no anexo 01 enunciados, bem como os elaborados pela parte ré e/ou pelo juízo, devendo os honorários periciais correrem as custas da parte vencida ao final da ação.

Protesta ainda provar a promovente por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente por provas documentais e testemunhais.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nesses Termos,  
Pede deferimento.

Picuí – PB, 07 de outubro de 2015.

**NILO TRIGUEIRO DANTAS**  
OAB-PB 13220





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**Anexo 01**

**QUESITOS**

1) *Se existe nexa causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?*

2) *Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?*

3) *Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?*

4) *Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?*

5) *Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: "75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa; 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão; 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais".*

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picui-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**Anexo 02**

Anexo do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974

| <b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Percentual da Perda</b>    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | <b>100% (CEM POR CENTO)</b>   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |                               |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |                               |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |                               |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |                               |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                               |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>Percentuais das Perdas</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             | 70                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  | 70                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50                            |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | 25                            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       | 25                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | 10                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                | 10                            |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>Percentuais das Perdas</b> |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                | 50                            |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       | 25                            |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10                            |

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2015

Carta nº: 8185643

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088  
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/11/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00697/00698 - carta\_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2016

Carta nº: 8896878

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15  
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01009/01010 - carta\_02

00040505





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2016

Carta nº: 9698859

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15  
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01545/01546 - carta\_03



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº 10649461

a/c: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15  
Vitima: ERIVALDO DA COSTA SILVA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01187/01188 - carta\_16

00020594





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1 "TIT" 1

1000 11 1 1000 100 000000 1

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de ocorrência da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Erivaldo da Costa Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.252.351 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/05/2014 E  
 CPF 0119836174-70 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erivaldo da Costa Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresário) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas, com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de depósito em qualquer documento);
- comprovatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISOVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18431-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí - PB 13 de Dezembro de 2015  
 LOCAL E DATA

Erivaldo da Costa Silva  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CORRENTE

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
20 NOV 2015  
J E M REGULADORA



GOVERNO  
DA PARAÍBASECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
7ª DELEGACIA REGIONAL DA POLÍCIA CIVIL

## C E R T I D ã O

Nº. Cont.: 083/2015

**CERTIFICO**, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 001/2015, o Registro n.º 083/2015, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 10 dias do mês de novembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Às 14h:36min. compareceu: ERIVALDO DA COSTA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 30/08/1974, filho(a) de Valdemar Vicente da Silva e Herminia da Costa Silva, residente no sítio Lagoa da Caatinga, s/n, zona rural de Picuí/PB, RG nº 4.252.351 -SSDS-PB; CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 24 de maio de 2015, por volta das 18 horas, o comunicante conduzia o veículo marca CORSA/ WIND (placa LNS-0727/RJ), chassi 9BGSC68N02C133152, ANO 2001, MODELO 2002, cor prata; Que ao chegar no bairro JK, próximo ao Banco do Brasil na cidade de Picuí/PB, veio a colidir com um caminhão, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; Que em virtude do acidente automobilístico o comunicante sofreu politrauma; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

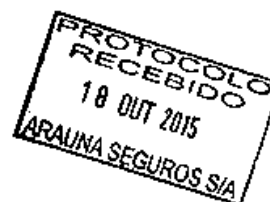
Picuí/PB, 10 de novembro de 2015.

\*Erivaldo da Costa Silva  
COMUNICANTE:José Tarcísio do Nascimento  
JOSÉ TARCÍSIO DO NASCIMENTO

TESTEMUNHA 1 RG nº 3256077 SSP/PB, Residente No sítio Mari Preto, Picuí/PB

José Ronaldo dos Santos Nascimento  
JOSÉ RONALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

TESTEMUNHA 2 RG 3.606.589 SSDS/PB, Residente No sítio Mari Preto, Picuí/PB.

Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB  
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Erivaldo da Costa Silva, portador da carteira de identidade nº 4.252.353 e inscrito no CPF/MF sob o nº 019.835.174-70 residente e domiciliado na Sítio Baía da Contingência Cidade Picuí Estado PE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Erivaldo da Costa Silva

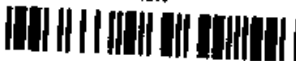
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Picuí - PE, 13 de Novembro de 2015

Local e data

DOCUMENTO 2 "T2"





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ  
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73  
Home Page: <http://picui.famup.com.br>  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 08.819.650/0001-21  
**BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192**

Picuí/PB, 09 de Novembro de 2015.

DOCUMENTO 3 \*T3%\*



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente ERIVALDO DA COSTA SILVA, 41 anos, portador do RG 4.252.351, vítima de acidente automobilístico (colisão carro com caminhão), ocorrido no dia 24 de Maio de 2015, no bairro JK, próximo ao Banco do Brasil. Paciente encontrava-se alcoolizado, agitado, referindo dor em hemitórax esquerdo. Após avaliação e realização de procedimentos necessários o mesmo foi removido para o Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, conforme regulação.

Gigliana da Silva Dantas

Coordenadora do SAMU

COBEN/PB 246.093 *Gigliana*

**GIGLIANA DA SILVA DANTAS**

Coordenadora SAMU PICUÍ/PB



Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58.187-000 - Picuí - PB  
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 – e-mail: [pmpicui.sat.splena@uol.com.br](mailto:pmpicui.sat.splena@uol.com.br)





0404040404

0524 1.59.

MA200707010134

CONFIDENTIAL  
(continued)





**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
20 NOV 2015  
JEM REGULADORIA

Eu, Erivaldo da Costa Silva,  
RG nº 4.252.361, data de expedição 28/05/2014, Órgão  
SSP/PB, CPF nº 019.835.174-70, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em  
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo  
descrito:

|                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | <u>Sítio Bragosa da Castiça</u> |
| Número                           | <u>510</u>                      |
| Apto / Complemento               |                                 |
| Bairro                           | <u>Zona rural</u>               |
| Cidade                           | <u>Picuí</u>                    |
| Estado                           | <u>PB</u>                       |
| CEP                              | <u>58.187.000</u>               |
| Telefone de Contato              | <u>(83) 99622.3777</u>          |
| E-mail                           |                                 |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 13 de Novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Erivaldo da Costa Silva



VALDENAR VICENTE DA SILVA  
SIT LAGOA DA CAATINGA, S/N - AREA RURAL  
PILCUI/PB CEP. 58187000 (AG. 80)

Objeto/Subjeto: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Fatura: 8 - 80 - 583 - 2583  
Número: 00005251556  
Referência: Set/2015  
Emissão: 17/09/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 200 Km 25 - Grupo Rodovia - João Pessoa/PB - CEP 53011-480  
CNPJ 00.005.183/0001-49 - Ins. Est. 15.015.823-6  
Núcleo de Atendimento ao Cliente Energia NCCO 000.000  
Código para 666666 Autenticação: 9081338020-9

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

727 ad3a c1d8 cbaa 83e9 c8bc 165f c800

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 6/1338020-9

Canal de contato

Set/2015

Resolução do valor da bandeira vermelha em 10%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologada ANEEL 1.045/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

Apresentação

17/09/2015

Data prevista da próxima leitura

18/10/2015

CNPJ/CNPJ/RAN  
2252454472

Cálculo de consumo

|                  | Anterior | Atual    | Constante | Consumo | Dias  |
|------------------|----------|----------|-----------|---------|-------|
| Data             | 17/09/15 | 17/09/15 | 1         | 30      | 31    |
| Letra            | 073      | 078      |           |         |       |
| Demonstrativo    |          |          |           |         |       |
| 24/09/2015       | 41,07    |          |           |         |       |
| Consumo em kWh   |          | 50       |           | 0,40570 | 20,28 |
| Adic. B Vermelha |          |          |           |         | 2,47  |

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS

COPIS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA

JUROS DE MORA 07/2015

MULTA 07/2015

ICMS (SÉNTIO)

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015

Histórico de Consumo (kWh)

|         |    |
|---------|----|
| Agos/15 | 58 |
| Jul/15  | 48 |
| Jun/15  | 49 |
| Mai/15  | 50 |
| Abr/15  | 54 |
| Mar/15  | 58 |
| Fev/15  | 56 |
| Jan/15  | 84 |
| Dez/14  | 49 |
| Nov/14  | 53 |
| Out/14  | 0  |
| Set/14  | 0  |

Médo dos Últimos meses  
45 kWh

VENCIMENTO

24/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 28,14

Indicadores de Qualidade 2015 - Cade

|                | Limites da ANEEL | Apurada | Limite de Tensão (V) |
|----------------|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL     | 11,20            | 3,58    | NOMINAL 220          |
| DIC TRIMESTRAL | 22,32            |         |                      |
| DIC ANUAL      | 44,65            |         |                      |
| FIC MENSAL     | 7,90             | 1,00    | CONTRALADA 220       |
| FIC TRIMESTRAL | 15,84            |         |                      |
| FIC ANUAL      | 31,69            |         |                      |
| ONSC           | 0,08             | 3,58    | LIMITES SUPERIOR 220 |
| ONCR           | 10,80            |         |                      |

| Observações ao              | Valor (R\$) | %      |
|-----------------------------|-------------|--------|
| Consumo de Energia          | 0,80        | 31,93  |
| Consumo de Energia          | 11,00       | 29,09  |
| Consumo de Energia          | 0,78        | 2,70   |
| Encargos Sistemáticos       | 2,01        | 7,14   |
| Impostos, Oneros e Encargos | 3,35        | 18,01  |
| Outros Serviços             | 0,04        | 0,14   |
| Total                       | 28,14       | 100,00 |

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$ 7/2015) R\$ 10,35

ATENÇÃO

- REATIVAÇÃO DE VENCIMENTO: Caso o(s) cliente(s) tenha(m) realizado(m) o pagamento em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/10/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se os dados de pagamento não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso o(s) tenha(m) efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, decidiremos reativar esta mensagem futura sobre a inclusão em depós de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Parecer Técnico - Vigência 7808/15 - Res. ANEEL nº 1/13B - Base Técnica 11.474 - Médo Paraguru Técnico - Vigência 7808/15 - Res. ANEEL nº 1/13B - Base Técnica 11.474 - Médo

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
20 NOV 2015  
JEM REGULADORA





Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaré João Pessoa - PB, CEP: 58.015-578 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

001833

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01742179-9

CONTA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA E SERVIÇOS

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

DESCRIÇÃO

028.01.020.0304

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO 2 DE MACEDO 145

BARRIO

CEP

CIDADE

UF

PICUL

58187-000

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO Água

TIPO DE CONSUMO

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

LEITURA ATUAL

313

LEITURA ANTERIOR

299

CONSUMO DO MÊS (m³)

14

DATA DA LEITURA

30/05

DIAS DE CONSUMO

31

CONDIÇÃO DA LEITURA

EFETIVA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO

REAL

ANORMALIDADE DA LEITURA

ANORMALIDADE DE CONSUMO

DATA DA PRÓXIMA LEITURA

Agenda, se pago após:

30/06/2015

VALOR DO MÊS

VALOR - R\$

04/7/2015

26,93

PARÂMETROS

DETECTOR

4,50 UT

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

4,50 x 60

TOTAL A PAGAR:

\*\*\*\*\* 40,81

DEBITO AUTOMÁTICO

JUL/2015

\*\* DEBITO AUTOMÁTICO \*\*

VALOR DO MÊS

\*\*\*\*\* 40,81

VENCIMENTO

30/07/2015

DOCUMENTO 1 "1196"



CAGEPA

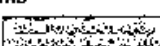
P-1073

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

DESCRIÇÃO

028.01.020.0304



TOTAL A PAGAR \*\*\*\*\*

RECEBIDO

JUL/2015

MATRÍCULA

01742179-9

VENCIMENTO

30/07/2015

PROTOCOLO RECEBIDO  
07 MAR 2016  
JEM REGULADOR





## ANEXO II

## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

07 MAR 2016  
SEM REGULADOR

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRICQUEIRO DANTAS, portador(a) do RG nº 2669825, expedido por SSP/PB, em 04/09/01, CPF/CNPJ nº 047/951.774-65,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ERIVALDO DA COSTA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ERIVALDO DA COSTA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Ficha de Acolhimento

Nome: Enivaldo de Costa  
End: Sítio Lagoa de Cestinga  
Data de Nascimento: 30/08/74 Documento de Identific:   
Queixa: doe Data do Atend: 24/05/15 Hora: 22:50h  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

PROTOCOLO  
REFERIDO  
20 NOV 2015  
JEM REGULADORA

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente  
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:   
Pressão arterial: Temperatura axilar:   
Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida  
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

Amarelo  
( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

DOCUMENTO 4 "T4%"



PROTOCOLO  
REFERIDO  
20 NOV 2015  
JEM REGULADORA



Em tempo: Relata perda de consciência  
no momento do acidente

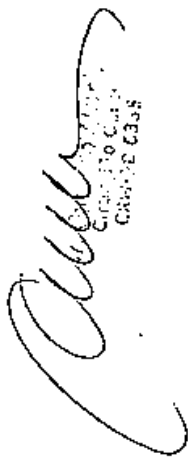
25/05/15 # Sinergia GmL

00:30

Paciente vítima de colisão carro-carro,  
desoligado, apresentando dor torácica.

Abdomen deprimível, flácido, indolor à palpação.

Cd = Trauma cingria torácica.

  
SUELIO MOREIRA TORRES  
CRM 10.000

PM 04H - 25/05/15 - Dt: MSB

# + CE após fase de morte

h. Gb 13, 17, 21, 5m de

H 13 - 76 de Cam

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM 10.000

PROTOCOLO  
REFERENCIAL  
20 NOV 2015  
JEM REGULADORA

25/05/15 # DMF #

Paciente vítima de colisão carro-carro,  
apresentando dor torácica. No DMF  
transmitido ao PM, fratura de osso zosteriano  
Ao DMF, PM não pôde identificar de forma  
precisa, PM Relato de PM ocular.

CD: Entenda comento

Atte: DMF

Por entender que chamo torácica

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM 10.000



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Coluna com - capote.

|          |                           |            |      |       |          |
|----------|---------------------------|------------|------|-------|----------|
| Paciente | Emergentes do corte S/Pne | Alojamento | Sala | Leito | Convênio |
|----------|---------------------------|------------|------|-------|----------|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------|-------------------|---------|-----------------|
|------|-------------------|---------|-----------------|

|          |                 |    |  |
|----------|-----------------|----|--|
| 28/05/15 | 1) Anti Bravete | 04 |  |
|----------|-----------------|----|--|

|    |              |  |  |
|----|--------------|--|--|
| 21 | 56-57% SDUve |  |  |
|----|--------------|--|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                 |    |  |
|----|-----------------|----|--|
| 21 | KCl 131 mg 5 ml | 04 |  |
|----|-----------------|----|--|

|    |                      |    |  |
|----|----------------------|----|--|
| 21 | Albúmina 20 ml 12.4% | 04 |  |
|----|----------------------|----|--|

|    |                   |    |  |
|----|-------------------|----|--|
| 21 | Tidat 20 mg 12.4% | 04 |  |
|----|-------------------|----|--|

|    |                      |    |  |
|----|----------------------|----|--|
| 21 | Diagnose SDUve 12.4% | 04 |  |
|----|----------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

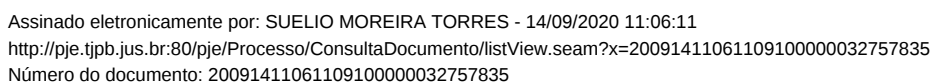
|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

|    |                  |    |  |
|----|------------------|----|--|
| 21 | NaCl 200 mg 10ml | 04 |  |
|----|------------------|----|--|

Dr. Valter Tereza de Vitor  
NEUROLOGIA  
CRM: PR 9653



[illegible]

[illegible]



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                              |                                                |                                                |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| NOME: <u>Enrique da Costa Lima</u>                                                 |                                                |                                                |                                              |
| IDADE:                                                                             | SEXO: <u>M</u>                                 | DATA DE NASCIMENTO: <u>30.08.74</u>            | às <u>15:20</u> h                            |
| SETOR: <u>Pr. Cirúrgica</u>                                                        |                                                | LEITO: <u>2-5</u>                              |                                              |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Lesão Fratura</u>                                           |                                                |                                                |                                              |
| ALERGIAS:                                                                          | SIM <input type="checkbox"/>                   | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>        | QUAIS:                                       |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                | SIM <input type="checkbox"/>                   | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>        | QUAIS:                                       |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                    | SIM <input type="checkbox"/>                   | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>        | QUAIS:                                       |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                | SIM <input type="checkbox"/>                   | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>        | LOCAL:                                       |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                  | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>             | NORMOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> | HIPERTENSO <input type="checkbox"/>          |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                               | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>          | ORIENTADO <input type="checkbox"/>           |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                              | DISPNEICO <input type="checkbox"/>             | TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>           | EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> |
| SIST. GENITOURINÁRIO:<br>(DIURESE)                                                 | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>     | POLÚRIA <input type="checkbox"/>               | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                    | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>               | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>           | ANÚRIA <input type="checkbox"/>              |
| MOBILIDADE:                                                                        | DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>   | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>     | ACAMADO <input type="checkbox"/>             |
|                                                                                    | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>           | HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>            | PARESIA <input type="checkbox"/>             |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL:<br>(DIETA)                                                | VO <input checked="" type="checkbox"/>         | SNG <input type="checkbox"/>                   | SNE <input type="checkbox"/>                 |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>    | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>            | OBESO <input type="checkbox"/>               |
| DADOS VITAIS:                                                                      | PA:                                            | T:                                             | FR:                                          |
|                                                                                    | FC:                                            | PESO:                                          |                                              |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                          |                                                |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                            | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                        | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                              | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA                                | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA     | CD/FR:                                         |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                      | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                    | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA                                                 | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA           | CD/FR:                                         |                                              |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                              | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                           | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO                                   | <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE          | <input type="checkbox"/> PARA BANHO            | CD/FR:                                       |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                           | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                          | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                               | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                           | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                           | CD/FR:                                         |                                                |                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                           | CD/FR:                                         |                                                |                                              |

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| PREScrição DA ENFERMAGEM                                                                                                   | APRAZAMENTO | ASSINATURA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                        | <u>24</u>   |            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                            |             |            |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                               |             |            |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                    |             |            |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).   |             |            |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                         |             |            |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.                                                         |             |            |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                     |             |            |
| <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).      |             |            |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                       |             |            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.                                |             |            |
| <input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE. |             |            |

MOD 125



## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|          |                  |         |    |       |   |          |
|----------|------------------|---------|----|-------|---|----------|
| Paciente | Edvaldo da Silva | Alcunha | 23 | Leito | 4 | Convênio |
|----------|------------------|---------|----|-------|---|----------|

|                 |  |
|-----------------|--|
| Evolução Médica |  |
|                 |  |
|                 |  |
|                 |  |
|                 |  |

| Data       | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------------|-------------------|---------|-----------------|
| 23/09/2020 | Ducha 11:00h      |         | 1               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 2               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 3               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 4               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 5               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 6               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 7               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 8               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 9               |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 10              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 11              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 12              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 13              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 14              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 15              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 16              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 17              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 18              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 19              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 20              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 21              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 22              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 23              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 24              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 25              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 26              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 27              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 28              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 29              |
| 23/09/2020 | 21:00h            |         | 30              |





| Paciente | Examen físico | Examen de laboratorio | Examen de imagen | Examen de diagnóstico |
|----------|---------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 1        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 2        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 3        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 4        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 5        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 6        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 7        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 8        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 9        | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 10       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 11       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 12       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 13       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 14       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 15       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 16       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 17       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 18       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 19       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 20       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 21       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 22       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 23       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 24       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 25       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 26       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 27       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 28       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 29       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 30       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 31       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 32       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 33       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 34       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 35       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 36       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 37       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 38       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 39       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 40       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 41       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 42       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 43       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 44       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 45       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 46       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 47       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 48       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 49       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 50       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 51       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 52       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 53       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 54       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 55       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 56       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 57       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 58       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 59       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 60       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 61       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 62       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 63       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 64       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 65       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 66       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 67       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 68       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 69       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 70       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 71       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 72       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 73       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 74       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 75       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 76       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 77       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 78       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 79       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 80       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 81       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 82       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 83       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 84       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 85       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 86       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 87       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 88       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 89       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 90       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 91       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 92       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 93       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 94       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 95       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 96       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 97       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 98       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 99       | ...           | ...                   | ...              | ...                   |
| 100      | ...           | ...                   | ...              | ...                   |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 11:06:11

2-2

## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|            |                    |  |  |
|------------|--------------------|--|--|
| Paciente   | Eduardo de Almeida |  |  |
| Alojamento |                    |  |  |
| Leito      |                    |  |  |
| Convênio   |                    |  |  |

| Data  | Prescrição Médica                      | Horário                  | Evolução Médica          |
|-------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21/15 | Dose 5/15<br>Dose 2/15<br>Dose 3/15    |                          | Dose 4/15<br>Dose 5/15   |
| 15    | Dose 6/15<br>Dose 7/15<br>Dose 8/15    | Dose 9/15<br>Dose 10/15  | Dose 11/15               |
| 15    | Dose 12/15<br>Dose 13/15<br>Dose 14/15 | Dose 15/15<br>Dose 16/15 | Dose 17/15<br>Dose 18/15 |
| 15    | Dose 19/15<br>Dose 20/15               | Dose 21/15               | Dose 22/15               |
| 15    | Dose 23/15<br>Dose 24/15<br>Dose 25/15 | Dose 26/15<br>Dose 27/15 | Dose 28/15               |



[illegible]

## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

|            |                      |  |  |
|------------|----------------------|--|--|
| Paciente   | Envelada do 1º/10/16 |  |  |
| Alojamento | 2                    |  |  |
| Leito      | 4                    |  |  |
| Convênio   |                      |  |  |

| Data                                     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                       | Horário                                                                                                | Evolução Médica                                                    |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 20/05/15                                 | <p>1) Dito 1 vez<br/>2) Dito 1 vez<br/>3) Dito 1 vez<br/>4) Dito 1 vez<br/>5) Dito 1 vez<br/>6) Dito 1 vez<br/>7) Dito 1 vez<br/>8) Dito 1 vez<br/>9) Dito 1 vez<br/>10) Dito 1 vez</p> | <p>08:00<br/>14:30<br/>20:30<br/>08:00<br/>14:30<br/>20:30<br/>08:00<br/>14:30<br/>20:30<br/>08:00</p> | <p>Colônia de estudos bem<br/>queiram, verificação de<br/>dent</p> |
| <p>Dr. Elton Marcelino<br/>CRM 15863</p> |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        | <p>na 1ª fase, sobre<br/>ele</p>                                   |
| <p>Dr. Elton Marcelino<br/>CRM 15863</p> |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        | <p>Dr. Elton Marcelino<br/>CRM 15863</p>                           |





[illegible]



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

**RÉSUMO DE ALTA**  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Erivaldo do Costa Silva*

DN.:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: *25/05/15*

ALTA: *30/05/15*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*Acidente de carro com fraturas de costela com dor torácica*

2. Resultado dos principais exames

*Rx de tórax com fraturas de costela (7)*

3. Evolução e complicações

*Está bem sem intercorrências*

4. Terapêutica realizada

*Tratamento conservador*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*Fraturas múltiplas de costela*

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- Repouso relativo
- Tomar medicação conforme orientação
- Retornar ao hospital se piora clínica ou apresentar alguma dúvida

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, *30* de *maio* de *2015*

*Dr. Erivaldo Maciel*  
Médico

Responsável pelo resumo

MOO. 034



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

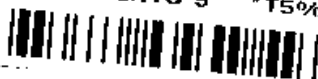
|          |                              |  |  |            |    |       |   |          |  |
|----------|------------------------------|--|--|------------|----|-------|---|----------|--|
| Paciente | Universidade da Costa Sulina |  |  | Alojamento | 42 | Leito | 4 | Convênio |  |
|----------|------------------------------|--|--|------------|----|-------|---|----------|--|

| Data | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Horário | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>             ① <i>Quarta-feira</i><br/>             ② <i>Cylos mltiplos</i><br/>             ③ <i>Suprima 1 ampola + AD EV. de 4/14h</i><br/>             ④ <i>Biotina + MO org + AD EV. 12/12h</i><br/>             ⑤ <i>50ml + CC. 8g</i> </p> <p> <i>Dr. Eton Maciel Probst</i><br/> <i>CRM 1563</i> </p> |         | <p> <i>Presença de febre com</i><br/> <i>Qualidade de absorção febre, desidrataçao</i><br/> <i>dependente</i><br/> <i>ex de febre com boa ingestão de leite</i><br/> <i>max</i><br/> <i>CD: alta hospitalar</i> </p> <p> <i>Dr. Eton Maciel Probst</i><br/> <i>CRM 1563</i> </p> |





DOCUMENTO 5 "T5%"



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
20 NOV 2015  
JEM REGULADOR

|                                                                    |                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                               |                                  |
| REGISTRO GERAL 4.252.351                                           | DATA DE EXPEDIÇÃO 28/05/2014     |
| NOME ERIVALDO DA COSTA SILVA                                       |                                  |
| FILIAÇÃO VALDEMAR VICENTE DA SILVA<br>HERMINIA DA COSTA SILVA      |                                  |
| NATURALIDADE<br>PICUI-PB                                           | DATA DE NASCIMENTO<br>30/08/1974 |
| DOC ORIGEM<br>NASC. N. 1493 ELS. 31 LIV. A-03<br>CARTÓRIO PICUI PB |                                  |
| CPF<br>019.835.174-70                                              | SIGNATURA DO DETENTOR            |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                           |                                  |

VITIMA



BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 019.835.174-70

Nome da Pessoa Física: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data de Nascimento: 30/08/1974

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 10/12/1993

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:50:49 do dia 18/11/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A62C.55B7.E0E6.A772

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da  
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br). (<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



18/11/2015 12:51





## Consulta a pagamentos efetuados

[voltar](#)

Sua busca por placa: LNS0727 UF: RJ CATEGORIA 01\*

|                                                                                   | Exercício | Valor Pago | Situação | Emissão 2ª via                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 2007      | R\$84,72   | Quitado  |  |

(\*) Automóvel

DOCUMENTO 6 "T6%"



18/11/2015 11:46





## JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

EU, Eri Valdo da Costa Silva, brasileiro (a),  
portador do Rg nº 4258351 e CPF 019.835.174-70  
residente e domiciliado (a) Sítio Legado da Coatinga  
Bairro Zona Rural Município Picuí, venho perante a  
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos  
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

Atenciosamente

Eri Valdo da Costa Silva



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150974088

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do acidente: 24/05/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO E FACIAL

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: FACE 10% + TÓRAX 10%

Documentos

complementares:

Observações:

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                        | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado   | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| traumas, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
| traumas, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
|                                                                                                                                                                    |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>20 %</b> | <b>R\$ 2.700,00</b>   |

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:







# PROCURAÇÃO

Outorgante: Erivaldo da Costa Silva  
 brasileiro(a) Solteiro Agricultor  
 portador(a) do RG nº 4.252.351 expedido por SSP/PB em  
28/05/2014 e do CPF nº 039.835.174-70, residente na (o)  
Sítio Lagoa da Caatinga  
 \_\_\_\_\_, município de Picuí - PB, CEP 58.181-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 13 de Novembro de 2015.

Erivaldo da Costa Silva  
 outorgante

PROTÓCOLO  
 REGISTRADO  
 07 MAR 2016  
 SEM REGULADORA

